

пию, что позволяет избежать развития осложнений.

Выводы. Все вышеперечисленное представляет фармакоэкономическую выгоду, так как ориентируясь на анализы, пациенту проводится своевременная терапия патогенетическими препаратами, а не методом слепого подбора. Профилактические мероприятия позволяют сократить сроки пребывания пациента на койке.

*Протасевич П.В., Новиков Д.О.,
Соколов К.М., Гетманов Д.М., Заяц Г.В.,
Лобан Д.Е., Кисиль С.П., Арбузов С.В.*

ТРОМБОЗ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ – ОСЛОЖНЕНИЕ ИМПЛАНТАЦИИ КАВА-ФИЛЬТРА

*Могилевская областная больница,
г. Могилев, Республика Беларусь*

Актуальность. Лечение и профилактика венозного тромбоза в ряде случаев требуют применения не только консервативной антикоагулянтной терапии, но и активных хирургических методов лечения, одним из которых является имплантация кава-фильтра. Данная методика хирургического лечения, позволяющая избежать развития фатальной ТЭЛА, может сопровождаться и развитием серьезных осложнений, одним из которых является острый тромбоз нижней полой вены (НПВ).

Цель. Анализ случаев тромбоза НПВ, развившихся после имплантации кава-фильтров, в ангиохирургическом отделении УЗ «Могилевская областная больница».

Материал и методы. В 2011-2014 годах в отделении сосудистой хирургии Могилевской областной больницы в 14 случаях выполнена имплантация кава-фильтра с целью предупреждения развития фатальной ТЭЛА у пациентов с эмбологенными венозными тромбозами в системе НПВ. Средний возраст оперированных пациентов составил 56,2 года (от 27 до 69 лет). В 3 случаях после имплантации кава-фильтра в раннем послеоперационном периоде развились тяжелое послеоперационное осложнение – острый тромбоз нижней полой вены.

Результаты и обсуждение. Частота развития тромбоза НПВ после имплантации кава-фильтра составила 21,4% (3 случая). Из числа этих пациентов в 2 случаях показанием к имплантации кава-фильтра явилось наличие флотирующего тромба длиной более 4 см на узком основании в наружной и общей подвздошных (1 случай) и бедренной (1 случай) венах. В 1 случае кава-фильтр был имплантирован по поводу прогрессирующего (по данным УЗИ) илиофеморального флеботромбоза у пациента, имеющего противопоказания к проведению агрессивной антикоагулянтной терапии (наличие субарахноидального кровоизлияния вследствие разорвавшейся мешотчатой аневризмы сред-

ней мозговой артерии). Тромбоз нижней полой вены у данных пациентов развился в среднем через 3,3 суток с момента имплантации кава-фильтра (на 2, 4 и 7 сутки). Во всех случаях это был тромбоз инфраренального отдела НПВ. Клинически отмечался нарастающий отек нижних конечностей, в 1 случае отмечено также развитие прогрессирующего отека мошонки и нижней половины туловища. У 1 пациента остро развившееся нарушение венозного оттока от нижней половины тела сопровождалось явлениями выраженной гемодинамической нестабильности, что потребовало в течение 2 суток проведения кардиотропной и инфузионной терапии в условиях РАО. Во всех случаях диагноз был подтвержден данными ультразвукового дуплексного сканирования вен и РКТ-ангиографии. Проводившееся консервативное лечение (постельный режим с возвышенным положением нижних конечностей в течение не менее 10 суток с последующей активизацией пациента, антикоагулянтная терапия с применением низкомолекулярных гепаринов в лечебных дозировках, дезагреганты, флеботоники, эластическая компрессия нижних конечностей) привело к выраженному регрессу явлений венозной недостаточности к моменту выписки пациентов из стационара. Во всех случаях развившаяся тромботическая окклюзия НПВ привела к развитию синдрома нижней полой вены с явлениями хронической венозной недостаточности 2 ст. К моменту выписки все пациенты были переведены на прием непрямых антикоагулянтов. Длительность нахождения в стационаре составила $23,1 \pm 7,8$ дней. К моменту выписки у всех пациентов сохранялась умеренная отечность обеих нижних конечностей, уменьшавшаяся после ночного сна. Амбулаторно пациенты продолжили прием флеботоников (нормовен), непрямых антикоагулянтов (варфарин). При наблюдении в течение 6 месяцев – в 1 случае отмечен регресс клинических проявлений синдрома нижней полой вены до уровня ХВН 1 ст. (отеки нижних конечностей, полностью разрешающиеся за время ночного сна). У 2 пациентов явления венозной недостаточности сохранялись на прежнем уровне, что привело к стойкой утрате трудоспособности у 1 пациента. Эпизодов острого венозного тромбоза в период наблюдения не было.

Выводы. Несмотря на то, что имплантация кава-фильтра является надежным методом профилактики ТЭЛА, данное вмешательство может сопровождаться развитием тяжелых осложнений, одним из которых является тромбоз нижней полой вены. Острый тромбоз инфраренального отдела НПВ, не являясь фатальным, способствует значительному снижению качества жизни и в значительном проценте случаев может приводить к инвалидизации пациентов. По нашему мнению, снижения частоты развития этого осложнения в ряде случаев можно добиться заменой имплантации кава-фильтра выполнением тромбэктомии из вен системы НПВ.